

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕРХОВЫХ ВЫВИХОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

*Кириленко С. И.¹, Петренко А. М.², Дятлов М. М.¹
УО «Гомельский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «Белорусский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии»²*

Высокая подвижность шейного отдела позвоночника способствует возникновению особого вида повреждения позвонковых сегментов в виде вывихов вследствие травматического воздействия на голову. Чаще всего вывихи шейных позвонков возникают в момент резкого сгибания головы и шеи с одновременной осевой нагрузкой. Если в момент травмы сгибание сопровождается ротацией, то возникают односторонние вывихи, а если воздействие травмирующей силы прекращается в момент максимального сгибания, то происходит фиксация нижних суставных отростков вывихнутого позвонка на вершинах верхних суставных отростков нижележащего позвонка при полном разобщении их суставных поверхностей, то есть возникает верховой вывих. Нестабильность верхового вывиха относительна, так как с одной стороны имеется повреждение заднего связочного аппарата и площадь контакта суставных отростков мала, а с другой – сохранена целостность передней продольной связки и в большинстве случаев значительной части межпозвонкового диска повреждённого сегмента. Однако, дополнительное воздействие на голову, сопровождающееся ротацией и сгибанием может привести к переходу верхового вывиха в сцепившийся с одной или обеих сторон.

В положении верхового вывиха тело вывихнутого позвонка значительно наклонено вперёд и кифотическая деформация шейного отдела позвоночника на уровне поврежденного сегмента может достигать 20°- 25°. Не смотря на выраженный кифоз позвоночный канал на уровне повреждения изгибается достаточно равномерно и стенозирование его умеренное, что объясняет отсутствие грубых неврологических нарушений при данном виде повреждений.

Нами изучены 11 случаев верховых вывихов. На боковых спондилограммах для оценки травматического стеноза позвоночного канала проводились измерения по предложенной нами методике. Проводилась спиноламинарная линия ОО₁, соединяющая основания остистых отростков, повреждённых позвонков, на которую восстанавливались перпендикуляры АВ – от задненижнего угла вывихнутого позвонка (физиологическая сагиттальная ширина

позвоночного канала) и A_1B_1 – от задневерхнего угла позвонка расположенного ниже вывихнутого (травматически суженная сагиттальная ширина позвоночного канала). Разница величин АВ и A_1B_1 , выраженная в процентах является степенью травматического стеноза позвоночного канала. В среднем эта величина составила 16,3%. Грубых неврологических расстройств у пациентов выявлено не было. Все травмированные предъявляли жалобы на боли в шее, усиливающиеся при движениях, а у четырёх выявлены корешковые расстройства в виде парестезий и болевого синдрома, что объяснялось натяжением нервных корешков на уровне деформированных межпозвонковых отверстий повреждённого сегмента либо компрессией их травматической грыжей диска. Для диагностики имеющегося повреждения пациентам выполнялась рентгенография шейного отдела позвоночника в прямой, боковой и двух косых проекциях, а с целью оценки состояния спинного мозга и межпозвонкового диска – МРТ шейного отдела позвоночника. В двух случаях на уровне повреждения выявлено образование значительных размеров травматических грыж диска.

Для устранения деформации позвоночного канала в 5 случаях применили закрытое одномоментное вправление, в 3 – постепенное вправление с использованием вытяжения за голову петлёй Глиссона или скобой, фиксированной за теменные бугры, в 1 случае – вправление с помощью Halo-аппарата фирмы «Медбютех», а в 2 случаях у пациентов с травматическими грыжами – открытое вправление с дискэктомией, удалением грыжи диска и передним корпорорезом аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

Во всех случаях травматический стеноз позвоночного канала практически устранялся и степень его приближалась к 0%, лишь в двух случаях сохранился подвывих позвонка I степени, что сопровождалось стенозом позвоночного канала около 4% от физиологической ширины. Все больные после устранения деформации субъективно отмечали значительное улучшение состояния, исчезала боль в шее и надплечьях. В последующем проводилась иммобилизация шейного отдела позвоночника торако-краниальной гипсовой повязкой в сроки 3-4 месяца до появления рентгенологических признаков спондилолиза или стабильности повреждённого сегмента. Осложнений в раннем и позднем периоде наблюдения после травмы выявлено не было.

Выводы:

1. для выбора правильной тактики лечения верховых вывихов необходимо выполнение рентгенологического и МРТ исследований,

что позволяет правильно оценить степень повреждения костных структур и диска;

2. в случаях, не сопровождающихся образованием травматических грыж возможно применение любых способов консервативного устранения верховых вывихов, но менее растянутым по времени и не осложняющим обслуживание пациента является одномоментное закрытое вправление вывиха. При образовании травматической грыжи повреждённого диска методом выбора является открытое вправление с дискэктомией, удалением травматической грыжи и последующим корпородезом;

3. предлагаемый нами способ оценки травматического стеноза позвоночного канала прост и позволяет контролировать результаты проводимого лечения.